

## わが国の医療・福祉と非営利・協同組織：あわせて有田光雄氏の批判に答える

著者	角瀬 保雄
雑誌名	経営志林
巻	37
号	1
ページ	1-22
発行年	2000-04-30
URL	<a href="http://hdl.handle.net/10114/00016365">http://hdl.handle.net/10114/00016365</a>

# わが国の医療・福祉と非営利・協同組織

—— あわせて有田光雄氏の批判に答える ——

角 瀬 保 雄

## (1) はじめに

21世紀を目前にした今日、さまざまな分野で公共性なるものが問われているが、なかでも公共性をめぐる社会的矛盾が最も鋭くあらわれているのが、医療・福祉と教育の二つの分野といえるであろう。前者についてみると、すでに90年代より財政赤字と国民医療費負担の増大、病院の赤字経営など様々な矛盾が激化しているのに加え、高齢社会の到来にともなう公的介護保険制度の導入が2000年4月より始まり、その矛盾がより一層拡大してきている。基盤整備の問題をはじめとして、保険料負担などさまざまな問題の解決が不十分のまま、政権与党の政治的な思惑によって矛盾の解決を先送りしての見切り発車となっている。

こうして財政危機によって政府の公的責任が放棄されるなかで医療・福祉の規制緩和、市場化が進められつつあるなかで、非営利・協同組織に大きな期待が集まっている。しかしながら、他の分野に比べ医療・福祉における非営利・協同組織については、包括的に取り上げたものがほとんどないといってよいのが現状である。介護保険制度の実施に続いて予定されているのが医療制度の改革であるにもかかわらず、医療における非営利・協同組織については、その専門性からか、ほとんど研究されてきていないように思われる。わが国における非営利・協同セクターの実態をはじめ包括的に調査した文献といえる富沢賢治・川口清史編『非営利・協同セクターの理論と現実』（日本経済評論社、1997年）も、医療生協に限定して1章（高畑明尚担当）を当てているにすぎない。

こうしたなかで医療・福祉分野における規制緩和については、角瀬保雄編著『「大競争時代」と規制緩和』（新日本出版社、1998年）が1章（西岡幸泰担当）を当てて解明しているほか、私自身

も1999年9月に開かれた医療経済学会の第23回研究大会における「保健・医療における非営利・協同」分科会のシンポジウムにおいて、「非営利・協同論の背景、可能性、展望」と題する報告を行い、医療・福祉における非営利・協同組織の概念の枠組みの提起を行っている。

本稿では、わが国の医療・福祉における非営利・協同組織について今日の到達を概括し、その特徴と課題を明らかにし、今後を展望することを主たる目的としているが、同時に『非営利組織と民主経営論』（かもがわ出版、2000年）という著作において、私を含むわが国の非営利・協同論に対して批判を提起された有田光雄氏の「階級闘争論の視角」なるものに対する反論を行うことにしたい。21世紀を目前にしたわが国の非営利・協同論の発展のために避けることができない課題といえるからである。

## (2) 非営利・協同組織の概念

まず初めにわが国における研究状況を踏まえて、非営利・協同という概念に関する一般的な認識を明らかにしておくことが必要となろう。非営利・協同という言葉が書物の上に登場した最初は、1995年7月に協同総合研究所が編集・公刊した『研究年報①非営利・協同の時代』といえよう。それは「いま協同を問う94年全国集会」という非営利・協同運動の報告を取りまとめたもので、いわば運動のなかから生まれた言葉であった。筆者はそのなかで「民主的経営の地平」という論文を寄稿している。

しかしその後、富沢賢治・川口清史編『非営利・協同セクターの理論と現実』（日本経済評論社、1997年）、富沢賢治『非営利・協同入門』（同時代社、1999年）、角瀬保雄・川口清史編著『非営利・

協同組織の経営』（ミネルヴァ書房，1999年），川口清史・富沢賢治編『福祉社会と非営利・協同セクター』（日本経済評論社，1999年），川口清史『ヨーロッパの福祉ミックスと非営利・協同組織』（大月書店，1999年）など，非営利・協同という言葉を書き言葉とした研究書，一般書が次々と公刊されるようになった。そして今日では広く使われる言葉となっている。いわば「時代の言葉」となったのである。その表象するものは協同組合を中心として，共済からアソシエーションまで広く包括しており，ヨーロッパの「社会的経済」の概念と重なり合うものといえてよいであろう。

「社会的経済」が19世紀以来のフランス起源の，ヨーロッパ的バイアスのかかった言葉で，わが国に馴染みにくいという難点をもつ一方，アメリカの非営利組織を表わす NPO という言葉もアメリカ的バイアスのかかった言葉で，協同組合を除外するなどさまざまな問題を含んでいる。したがって，近年注目されてきている，第1セクター（公的セクター），第2セクター（営利セクター）と並ぶ第3セクター（民間の非営利経済セクター）を表象する日本語としては「社会的経済」および NPO のいずれも適切とはいいがたく，非営利・協同というハイブリッドな言葉が使われるようになったものといえる。

問題はその概念規定であるが，富沢賢治氏は社会的経済組織（非営利・協同組織）の特徴を次の4点にまとめている<sup>(1)</sup>。

- ①開放性（開かれた組織であること，自発性にもとづく加入・脱退の自由をもつこと）
- ②自立性（政府その他の権力の直接的な統制下になく自治的組織であること）
- ③民主性（1人1票制を原則として民主主義と参加という価値にもとづいて運営される組織であること）
- ④非営利性

（1）投機的利潤の排除（利潤獲得ではなく，メンバー相互の利益または一般の公共的福祉の向上を目的とする組織であること）

（2）資本に対する人間の優位性（活動の過程と利潤の分配において，資本の権利ではなく人間を優先させる組織であること）  
広義の NPO には市場で経済活動を行うもの

けでなく，NGO のようなアドボカシー団体から労働組合，宗教団体，政治団体まで含まれており，なにもかもぶち込んだ感があり，社会学的概念にはなりえても，経済学的概念にはなりえないという問題がある。またアメリカ型の非営利の概念は税法の規定の影響によって「剰余の非分配」が強調されているが，スウェーデンのペストフ（Victor A. Pestoff）がいう「暗黙の回路」を通じた利潤分配の機会増大という問題もある。そこでヨーロッパ型の非営利の概念では，どちらかというと民主的意思決定ということを重視しているとみられる<sup>(2)</sup>。富沢氏のものは，資本主義企業の営利追求（for-profit）目的の対立概念としての非営利（not-for-profit）の事業とそのために人びとが協同するという非営利・協同の特徴を盛り込んだ最大公約数的なものといえてよいであろう。なお，非営利・協同組織の定義と概念化をめぐることは，富沢賢治，川口清史の両氏が立ち入った検討をしている<sup>(3)</sup>。

私は近年における協同組合と NPO の活動の接近に注目した上で，非営利・協同組織の範囲を事業型の組織に限定している<sup>(4)</sup>。それは自立した事業経営として可能な限り独立採算を追求するが，事業の公共性から公的セクターから与えられる補助金や税制上の優遇措置を排除するものではない。しかし，同時に公共性をもった経営として求められる効率性の追求を重視している。それは税として共同の資源を提供する人々から，効率的な使用が付託されているからであり，およそ効率性に欠ける公共性は存立しえないというのが今日の一般的合意となっているからである。同時にまた，目的に対する手段として，剰余＝利潤を獲得することが否定されていないことにも注意する必要がある。それは，その事業目的の達成の度合いと経営の持続可能性を財務的に表わすものだからである。

### （3）医療・福祉の規制緩和と営利化

さて，アメリカと日本はともに世界の先進国のなかで典型的な非福祉国家とみられている。社会保障給付費の対国内生産比はヨーロッパ諸国の20～30%台に対して，ともに10%台で，際立って社会保障が貧困といわれている。イギリス，ドイツ，

デンマークなどが社会保障費の財源を大きく公費によっているのに対して、日本の福祉は家族と企業が公共部門の代替として機能しており、しかも企業福祉は大企業に特有で、中小企業や自営業者との間には「福祉の二重構造」が存在している<sup>(5)</sup>。

ここで世界の医療経営のタイプを類型化してみると、①アメリカの場合は市場自由主義に立つ医療経営を基本としており、民間保険による営利病院の料金収入経営と慈善病院などの非営利経営とが並存している。それに対して②ヨーロッパの「福祉国家」では、税金に基づく公的病院経営が中心となっている。③かつての「社会主義」諸国においては国有国営の医療制度が存在していたが、いまや破綻をしている。最後に④日本の場合には、国民皆保険制度の下で、医療費は税金と保険料（プラス患者の一部自己負担）によって賄われる仕組みとなっており、国公私立すべての医療機関は、医療法において営利性が認められていないので、基本的に非営利組織といえる。

ところで「わが国の病院は第二次大戦後、私的病院に依存して発展してきた。そのため、数の上では中小病院が優勢であり、200床未満の病院が病院総数の69.5%を占めている（厚生省『平成8年度医療施設調査・病院報告』）。他面……大病院は急増し続けており、最近では私的大病院の増加が著しい。」<sup>(6)</sup>といわれる。国民皆保険制度の下、原則として出来高払いをベースにした保険診療が行われているが、すでに1984年の健康保険法改正で特定療養費制度という患者の選択による自己負担の、一種の自由料金制度が創設された。特定療養費という制度は、従来、差額ベッドや歯科の材料費差額など医療の周辺部分を対象に行われていたものであるが、96年の診療報酬改定から医療本体にも適用され、混合診療が入ってきている。200床以上の病院初診料も事実上自由化された<sup>(7)</sup>。

こうした自由診療の拡大は患者にとっての医療費負担の増大を意味し、貧富の差による医療の二極化を促進する。さらに97年の医療保険制度の改悪では、医療費の自己負担が増大し、「受診抑制」による患者の減少が生まれてきている。保険料の未納者も400万人近くになる。こうして戦後国民皆保険制度が確立し、医療への自由なアクセスを保障するという優れた特徴をもつ日本の医療制度

も、今日様々な問題を抱えるようになっている。

しかしながら、政府・財界は社会保障の根幹をなす医療・福祉の分野について、さらに規制緩和、市場化を推し進めようとしている。アメリカ、EUからも30兆円といわれる日本の医療市場の開放が狙われており、GATT、WTOを通じた外圧によって医療ビッグバンが迫られつつある。医療市場には広く医薬品、医療機器、医療保険そして医療そのもの、健康産業、介護福祉サービスなどさまざまなものが含まれるが、すでに製薬企業では「大競争時代」が始まっている。世界の製薬企業では大合併が進んでおり、ランキングの上位は1位メルク（アメリカ）、2位グラクソウエルカム（イギリス）、3位ノバルティス（スイス）と欧米勢で占められており、日本の製薬企業はトップの武田薬品がやっと14位、三共が19位にとどまっている。ドイツのベリンガーインゲルハイムは、エスエス製薬に対して株式の公開買付け（TOB）を行い、2000年2月16日には35.9%の持株を取得し系列下に収めた。わが国企業に対する「敵対的買収」の初めての成功例とされている<sup>(8)</sup>。

規制緩和論者は医療をハンバーガーと同じものと考え、支払能力による医療の差別化政策と経営の分離論を公然と唱えるまでになっているが<sup>(9)</sup>、医療・福祉の分野でのこうした流れをさらに促進しようとしているのが、社会保障構造改革、社会福祉基礎構造改革である。98年3月閣議決定の「規制緩和推進三ヵ年計画」は医療・福祉の全領域にわたる「企業参入規制の緩和」を強く前面に押し立てており、行政改革委員会規制緩和小委員会の「規制緩和に関する論点公開」では「営利法人にも医療機関の免許を与えるようにしてはどうか」、「安全性の高い大衆薬に限ってたとえばコンビにでも販売可能にしてはどうか」ということを提起している。そして98年12月15日には政府の行政改革推進本部規制緩和委員会（委員長・宮内義彦オリックス社長）は当面の規制緩和の重点項目として「企業による病院経営への参入を検討し、患者への医療サービスの改善を図る」などの見解をまとめ、本部長の小渕首相に提出した。

すでに98年の医療法改正で一定の条件の下で医師以外の者でも病院理事長に就けるようになっている。世界6カ国で564カ所の医療機関を運営す

るアメリカのトータルリーナルケア（TRC）は医療分野での規制緩和をにらみ、日本国内で医療機関のチェーン展開に乗り出すという。全額出資子会社を日本に設立、既存の医療機関の経営を支援する形で事実上、系列化する狙いという<sup>(10)</sup>。また、保険会社・シグナとその子会社シグナヘルスケアは、各企業の健康保険組合との契約を通じてアメリカ式のマネジドケアのノウハウを提供する新ビジネスを始めるという<sup>(11)</sup>。こうして病院のM&Aとチェーン化が始まっているが、経団連は「大胆な規制改革の断行を求める」（1999年10月19日）という提言において、「営利企業による病院の経営、施設介護サービス（特別養護老人ホーム、老人保健施設）の経営」を強調している。そしてやがては健保、国保についても民営化・営利化を進めようとしているのである<sup>(12)</sup>。

こうしたなか2000年4月よりの介護保険の導入とともに、4.3兆円ともいわれる介護保険市場をにらんで様々な営利企業が参入してきている。ニチイ学館は全国1,000カ所の拠点を設ける計画をもち、GOODWILL GROUP（店頭公開会社・資本金136億円）のコムスは24時間在宅介護サービスの800拠点をオープンさせるほか、デンタル・コムス、コムス・トラベル、介護美容など多角的な展開を図り、ケア産業化を目指している。また、セブンイレブンはニチイ学館、三井物産、NECと提携し、全国8,200店のコンビニの店舗を核に、携帯端末を使い、食事の配達、買い物代行サービスなど介護支援に参入するという。こうして介護保険の民間事業者はさまざまな関連業種との連携を強め、シェアを拡大するとともに、介護保険対象外のサービスを強化し、富裕層の囲い込みを図っている。

ところで介護保険制度の導入をめぐるのは、その内包する矛盾から、非営利・協同運動の側でもその評価をめぐるには意見が分かれ、「積極容認」論から延期論、さらには廃止論に至るまで、様々な意見が生まれた。そしてその先行きについては「空洞化するか？」ということも危ぶまれている状況にある<sup>(13)</sup>。大きくは公的措置制度の解体、契約制度への移行の評価など、政府・財界の経済構造改革、社会保障構造改革に対する認識が問われているが、この点をめぐっては1998年の協同組合

学会第18回大会のシンポジウム「福祉社会の創造と協同組合」でも議論の焦点となったところであり、私と厚生省の蟻塚昌克氏との意見が対立した<sup>(14)</sup>。

鈴木 勉氏はこの点について、介護保険制度は「経済構造改革」に組み込まれた「社会保障構造改革」で、「国家と資本の許容するかぎりでの介護の『社会化』」<sup>(15)</sup>としているが、重要な指摘である。こうした認識からはその導入への「対応」とその改善のための「たたかい」という二面的な運動の課題が不可避となる。氏は「労働者協同組合や高齢者協同組合の基本的スタンスはどうか。」と問い、「介護保険の指定事業者になることを否定するつもりはないし、営利資本とのせめぎあいのなかで事業の確立に努力されていることには敬意を表するものではあるが、介護保険の基本設計に関わる代案（オルタナティブ）を提示しつつ、行政と緊張関係を持ちながら、地域づくりの一翼を担うことが必要であり、それがなければ協同組合は指定事業者という名の末端処理業者に墮してしまうであろう。」<sup>(16)</sup>としている。厳しい言であるが、非営利・協同セクター全体に関わる重要な論点であることは確かである。これを受けてか、99年末、日本労働者協同組合連合会からは介護保険制度に対する「政策提言」が発表された。

また、1999年9月30日には中央社会福祉審議会は「社会福祉事業法等の改正について（答申）」を出し、これにより社会福祉基礎構造改革が進められることになった。社会福祉事業法改正案によると身体障害者、知的障害者、障害児等に係わる福祉サービスに関し、市町村等による措置から利用者の選択による契約制への変更が進められようとしている<sup>(17)</sup>。その狙いは福祉の公的責任と国民の権利保障を体现する措置制度から利用契約制度への転換、多様な主体の福祉参入、市場競争による「市場福祉」化の全面的な展開である。さらには「身体障害者福祉法」「知的障害者福祉法」「児童福祉法」など関連法が改正され、2005年の介護保険制度の見直しとともに障害者福祉分野も介護保険制度の対象になることが予定されている。

また、社会福祉法人に関する法改正は社会福祉法人と営利法人との垣根を限りなく低くするもの

で、ベネッセや電鉄会社などの営利企業の保育事業参入、市場化は、保育についても「権利としての保育」から「消費としての保育」へと変質させるものとみられる。市場における利用者による事業者の選択の自由は、同時に事業者による利用者の選択の自由を意味し、サービス提供者による利用者の「逆選択」が懸念されている。さらに会計区分の弾力化により、措置制度の下での措置費の使途の制約がなくなり、施設の経営裁量が拡大する<sup>(18)</sup>。

仁木 立氏は、こうしたなかで、1990年前後から全国各地で私的医療機関の開設者が同一法人または関連・系列法人により老人保健施設、特別養護老人ホーム、訪問看護ステーション、在宅介護支援センター、ホームヘルプ事業、有料老人ホーム、ケアハウス、予防・健康増進施設等を開設して、保健・医療・福祉サービスを事実上一体（自己完結）的に提供する動きが生まれていることに注目し、これを「保健・医療・福祉複合体」として概念化し、介護保険はそれに対する強い「追い風」になるものと予測している。そして病院・老人保健施設・特別養護老人ホームの3種類の施設を開設しているグループを「3点セット」開設グループと呼び、これを「複合体」の典型・中核としている。これらのグループは医療施設（病院）と中間施設（老人保健施設）、生活施設（特別養護老人ホーム）を統合することにより、それぞれの地域で保健・医療・福祉サービスを包括的かつ自己完結的に提供できるからであるとする<sup>(19)</sup>。

西岡幸泰氏は、さらに包括的に医療・福祉をとりまく現実を分析され、アメリカのA. レールマンにならって「医療・福祉・産業複合体」(Medico-Welfare-Industrial Complex)の形成に注目されている。すなわち、病院・福祉施設を中心に、製薬・医療機器業界、病院寝具・医療食業界、シルバーサービス業界などを広く含めた概念として設定している。病院の経営難、危機が叫ばれるなかで、私立医大病院は急成長を遂げ、系列化を進めている。徳洲会グループなどもアメリカ並のチェーン病院展開を進めている。また、特徴的なのは、国立病院・療養所の統廃合・経営委譲施設を手中に収め、自治体が建設する病院の運営を引き受ける動きがみられることで、「これが営利化の

波に呑みこまれると、総合的で一貫した住民本位の地域医療システムがクリーム・スキミングによってずたずたに切り裂かれてしまうだろう。」<sup>(20)</sup>といわれる。厚生省の「健康・福祉関連サービス産業統計調査」(1993年)によると、医療・福祉を取り巻く関連業界は、すでに、事業所総数14,809、年間収入総額約2兆円、従業者総数46万5,627人の規模に達している。「エイズ事件」、岡光(元)厚生省事務次官と「彩福祉グループ」との贈収賄事件などにみられるような「医療・福祉・産業複合体」の肥大化、政治家、官僚機構との癒着、寄生に対する国民の監視、民主的規制が強く求められているが、西岡氏はさらにそれに対する対抗力として民主的に運営される国公立の医療機関・福祉施設と非営利・協同組織による医療・福祉事業をあげ、その二つの提携と連帯の必要を強調している<sup>(21)</sup>。

#### (4) 医療・福祉の非営利・協同組織

ところで日本の非営利・協同組織法制についてみると、民法で営利法人(第35条)のほかに公益法人(第34条)の設立が認められているが、この二分法にはさまざまな問題がある。協同組合などはその両者の中間に位置するものとして中間法人と呼ばれており、個別の特別法で規定されている。農協、漁協、森林組合(農水省)、生協(厚生省)、中小企業等協同組合(中小企業庁)などである。これは省庁別の縦割り行政に基づいた日本的な特徴といえるもので、欧米では包括的な一般協同組合法制をとるところが多い。

ようやく阪神大震災の経験からアメリカ型のNPOについて特定非営利活動促進法が作られ、「保健・医療又は福祉の増進を図る活動」など12の分野をカバーする特定非営利活動法人(経済企画庁、各都道府県の認証)が生まれたが、税制上の優遇措置がないなどこれも十分なものとはなっていない。そのほか医療に関しては医療法上で医療法人、福祉に関しては社会福祉事業法上で社会福祉法人、教育に関しては私立学校法で学校法人、宗教活動に関しては宗教法人法で宗教法人が非営利法人として設けられている。

いま「事業所・企業統計調査」(1996年)から

日本の国民経済のなかで非営利セクターの占める地位をみると、〈就業者のセクター別構成〉では、当然のことながら営利セクターが52,746千人(84.022%)と圧倒的に大きな比重を占めている。非営利セクターは4,836千人(7.7%)にとどまっているが、これは国・地方公共団体の公的セクターの5,198千人(8.28%)に匹敵する規模である。

〈非営利セクターのうちの産業別構成〉をみると、医療部門が1,405千人(29.05%)、保健福祉が552千人(11.43%)を占めており、合わせて40.43%になる。また〈分野毎のシェア〉でみると、医療分野では就業総数2,860千人のうち非営利セクターの就業者は1,405千人(49.11%)、保健福祉では929千人のうち552千人(59.4%)となっている。保健・医療・福祉では非営利セクターが公的セクターと並んで過半を占め、大きな役割を果たしていることがわかる。

医療・福祉における法人組織についてみると、まずその代表として医療法人があげられる。1950年の医療法改正によって導入されたもので、「病院、医師若しくは歯科医師が常時勤務する診療所又は老人保健施設を開設しようとする社団又は財団」(医療法第39条)とされる。財団医療法人の場合、基金の拠出者は持分を持たないが、社団医療法人の場合には出資者の持分を定めている場合と、持分を定めていない場合とがある。医療法第7条第4項で、「営利を目的として、病院、診療所または助産所を開設しようとするものに対しては、……許可を与えないことができる」としており、また第54条では、「医療法人は、剰余金の配当をしてはならない」としている。したがって、医療法人は一応、非営利法人ということになるが、積極的に公益を図ることを目的としないという理由から、法人税率は株式会社などの営利法人と同じ税率が課せられる。

それ対して、その事業が医療の普及および向上、社会福祉への貢献その他公益の増進に著しく寄与し、かつ公的に運営されるという条件を満たした財団または持分の定めのない社団については、「特定医療法人」(大蔵大臣の承認)として租税特別措置法(第67条の2)により公益法人の収益事業並みの軽減税率(27%)が適用されている。また98年には持分放棄と非同族化を要件とした「特

別医療法人」(都道府県知事承認)制度が設けられた。税率が25%という優遇措置が与えられ、病院の経営基盤強化を図るため食事宅配や医薬品販売、寝具レンタルなど12種類の事業が可能とされた。出資持分が放棄されるため相続税の課税はないが、通常の医療法人、個人への後戻りはできなくなる。

元々、医療法人制度は独立自営業者としての開業医の資本集積促進を目的として制度化されたという背景をもち、1985年に導入された一人医師法人の制度化による個人病院から医療法人病院への転換により、86年以降その数が大幅に増大し、98年3月現在、一人法人が医療法人全体の79%を占めている。しかも医療法人のほとんどは持分の定めのある社団法人(98%)で、その外部に資本の所有者が存在している。持分の定めのない社団は1%、財団法人も1%で、「特定医療法人」は全体の1%にしかすぎない。したがって、その非営利性は限りなく営利に近いともみられている。佐口卓氏は、開業医の性格について、「自由に医療経営を開業できること、および、商品としての医療を提供するかぎり営利性をもつ」<sup>(22)</sup>としており、西岡幸泰氏は「厚生省は、今のところ医療法第7条『改正』という正面突破作戦を避けて、医療法人に対する規制緩和策によって企業参入の道を開こうとしている」<sup>(23)</sup>という。

いま週刊東洋経済の調査による『日本の会社74,000』(99年版法人所得番付)の業種別ランキングで医療法人をみると、1、2位は同じ代表者を擁している東京の板橋区小豆沢の明理会、明芳会で、それぞれ36億円、30億円の所得をあげている。徳田虎雄が率いる大阪の徳洲会が第3位で、これも30億円の所得である。沖縄徳洲会も54位で、5.5億円の所得をあげている。「社会保険・社会福祉関係」では様々な財団法人、社会福祉法人、医療法人から株式会社までが顔を出している。ちなみにその他の「非営利的団体」をみると、財団法人全国法人会総連合の48億円、財団法人日本船舶振興会20億円など様々な団体が顔を並べていて、一口に「非営利」といっても単純ではないのがわかる。

協同組織性という点についても、医療法人の実態は様々で、後にみる民医連医療機関のように非

営利性と協同組織性の両者を備えたものは少ないといえよう。

ここで開業医の団体について一言触れておくことが必要であろう。一般には医療に関する団体としては日本医師会が有名であるが、これは会員約15万人を有する学術専門団体で、開業医（8万人）だけでなく勤務医（7万人）をも含んでおり、国の医療政策に対する圧力団体ともなっている。一方、開業医のみの職能団体に保険医協会がある。これは戦後まもなく健康保険の普及と改善を目指す医師たちの自主的な活動のなかから各県で保険医協会が作られ、1969年全国組織の全国保険医団体連合会（保団連）が結成された。99年9月現在、会員総数92,000人を数え、国民の健康を守る運動と開業医の医療活動と経営をまもる活動を統一して進めている。それと平行してあまり知られていないが、全国各地の保険医協会を母体として中小企業等協同組合法に基づき保険医協同組合が設立され、全国保険医協同組合連絡会が全国11府県で医薬品の共同購入や共済など各種の事業活動を展開している。したがって、開業医も非営利・協同の運動と無関係ではないのである。

医療法人以外の医療・福祉における非営利・協同組織についてみると、まず協同組合組織としての医療生協があげられる。生協の本隊としての購買生協に比べると、これまではどちらかというように置かれた存在であったことは否めないところといえるが、全国で約200万所帯の組合員を擁し、病院79、診療所291、老健施設2、訪問看護ステーション109を運営している（1998年5月現在）。そのルーツをたどると戦前の産業組合の医療利用組合にまでさかのぼりうるが<sup>(24)</sup>、今日その流れは農協の厚生連病院が受け継いでおり、医療生協はその嫡流ではない。医療生協は戦後1948年に生協法が制定されたのを契機として、厚生連病院と並んで急速な発展をみたもので、1957年日本生協連に医療部会がつくられ、63年からは独自の運動方針により活動を展開してきている。1996年には国際保健協同組合組織（International Health Co-operative Organization）設立のイニシャティブをとり、21世紀を迎える今日、その存在意義がますます重要になってきている。

医療生協は生協法人であるから生協法の規定に

のっとり制度的には剰余金の出資配当は可能であるが、医療経営の実態としては不可能なのが現実といえよう。一部には定款をもって出資配当を行わないことを明記しているところもある。医療生協の大きな特徴は、購買生協と同じく、「班」を基礎とした組合員の協同活動にあり、1991年に日本生協連医療部会がこれまでの活動を総括し、確定した「医療生協」の「患者の権利章典」にみられるよう、患者＝組合員を主権者とした様々な活動を行っていることである。

しかし、その班活動も、「その組織率が近年では30%前後で推移しており、また参加率も15%程度である」<sup>(25)</sup>といわれるような、生協一般にみられる組合員参加の「空洞化」問題をかかえている。医療機関の事業活動には、医療の専門性から専門労働の果たす役割が決定的重みをもち、医療従事者が主導的役割を果たさなくてはならないという性格があり、協同組合の組合員による所有・運営・利用の三位一体という原則の実現が簡単ではなく、主権者であるはずの組合員が単なる利用者（消費者）になりがちで、診療所から病院への規模拡大はさらにそれに拍車をかけることになる。

もう一つの協同組合組織である農協には厚生連病院がある。これは県単位の厚生農業協同組合連合会が開設している病院で、114の病院、職員39,751人、うち常勤医師3,416人をかかえている（1997年現在）<sup>(26)</sup>。厚生連病院のうち、約7割が人口5万以下の地域にあり、市町村唯一の病院は37にもものぼるといわれる。そのうちの長野県についてみると厚生連職員4,790人（医師438人）で、4,000床のベッド、県下の医療の約20%を担う県内最大の医療機関となっている。農村医療で全国的にその名が知られた佐久総合病院は長野県の厚生連病院である。

そのほかの非営利法人としては、民法第34条の公益法人制度に基づいた公益法人病院がある。法人税を免除され、また譲渡所得に関しても非課税なのがその特徴となっている。また、宗教活動の一環として、あるいは信者に対する医療を目的とした宗教法人病院や生活困難者に対する低額診療病院として済生会などの社会福祉法人病院があるが、本来の目的を徐々に終えつつあるといわれる。医師会立病院というものもある。



さらに学校法人に属する私立医大の附属病院も非営利病院といえるが、矛盾に満ちた存在である。医学部をもつ私大は常に国庫助成の上位を占め、公費に大きく依存しているが、慶応義塾の6億円をトップに、東京歯科大、東京医大、東京女子医科大学、慈恵医大など有名私立医大はそろって億単位の所得をあげており、営利経営と批判されかねない部分がある。

公的セクターの非営利病院としては国、公立病院があり、民間病院との間に競争が存在している。しかし、そのほとんどは赤字で、一般会計から病院特別会計への補助金の繰り入れが行われているが、それには高次医療、難病や行政的医療などの不採算医療への対応という社会的必要性が認められ、一概にこうした公的医療機関の存在意義を否定することはできない<sup>(27)</sup>。国立大学附属病院についても、ほとんどが赤字で、財政投融资からの借入残高が99年度末には1兆円を超える見通しといわれ、総務庁は経営改善勧告をしている<sup>(28)</sup>。

次に地域福祉についてみると、生協では以前から「くらしの助け合いの会」が組織されていたが、家事援助を中心としたものに限定されていた。しかし最近では、ちばコープの「おたがいさま事業」のように商品・利用事業、共済事業と並ぶ核事業の一つとして位置づけ、子育てから生活の全般にまでわたる多岐な内容をもつようになってきている<sup>(29)</sup>。コープこうべのように以前から社会福祉法人を設立し、組合員の施設介護に乗り出しているところもあったが、最近ではコープかながわが「コープ福祉センター」を開設し、デイサービス（通所介護）と24時間巡回型ホームヘルプサービス事業を開始するという。これらの事業はコープかながわの直営で、これまでのワーカーズコープへの委託によるホームヘルプサービス事業、組合員のグループや個人によるボランティア活動に加え、多彩な活動に取り組むようになってきている。また鶴岡では、共立社鶴岡生協と庄内医療生協に加え、高齢者協同組合などとの共同の取り組みが広がってきている。生協の経営をめぐる厳しい状況のなかで、「生協の存在意義に関わる重要な事業」として福祉活動事業化の動きが活発になってきているのが注目されることである。

医療・福祉における非営利・協同組織ネットワー

ク化の先進的な取り組みとしてよく知られているのは、農村地域では信州上田での厚生連による保健・医療・福祉事業の取り組みがあり、都市部では東京都足立区での柳原病院による取り組みがある<sup>(30)</sup>。

こうしたなかで社会的関心を集め、その動向が注目されているのが、高齢者協同組合であるが、そのなかでも「企業組合三重県中高年雇用事業団（労働者協同組合）」を母体とし、1995年8月いち早く生協法人格を取得し、全国の高齢者協同組合の先駆けとなった三重県高齢者協同組合は、設立の理念として「自助」「公助」「協助」の「三助」結合という考え方により、住民と行政との連携の追求を前面に出している。塚本一郎氏の調査<sup>(31)</sup>によると、現在その会員の多くは事業団関係者以外の住民から構成されているといわれる。出資金一口5,000円と年会費1,200円で、1999年12月末現在の組合員数1,370人、出資金770万円で、主な事業は松坂市を中心に①ホームヘルプサービス、②配食サービス、③住関連サービスなどであるが、2000年2月には、関連団体としての社会福祉法人「三重高齢者福祉会」による在宅複合施設「協和苑」を完成させ、デイサービス、ショートステイを中心に、複合型老人福祉に乗り出している。建設資金4億円のうち3億円は国・県・市からの補助で、残りの1億円は組合員、事業団、全日自労からの寄付でまかない、医療福祉事業団からの借入れが5,000万円という。現時点では事業的にも組織的にも、未熟な点がまだ多々あるとみられるが、こうした先進的な事例からも、非営利・協同セクターと公的セクターとの連携が現代の地域福祉において不可欠な条件になっていることがわかる。

草の根の市民運動に根ざす医療・福祉のネットワークづくりも枚挙に暇のないほどで、「人格なき社団」としての非営利の住民参加型在宅福祉サービス団体は、1997年度の全国社会福祉協議会の調査によると、全国で約1万2千に達するという。1999年9月1日現在でNPO法人認証をえた479法人を対象に行った調査によると、NPO法に定める12分野で、一番多く該当しているのは「保健・医療又は福祉の増進」で、66.1%にも達しているという<sup>(32)</sup>。「1983年老人保健法施行当時、岩手県

沢内村の保健・医療活動に瞠目していた時代とくらべてみると、今日における『非営利・協同組織』の力量は、まさに覚世の感がある。』<sup>(33)</sup>と高く評価されているところである。

以上が今日の非営利・協同組織による医療・福祉活動のスケッチであるが、客観的にみてサービスの質を初めとし、経営力まで含めたすべての面において、常に非営利・協同組織が営利企業に優っているとばかりはいきれない現実もある。期待と現実とのギャップを厳しく自己点検してることが必要となる。「いわれていること」と、実際に「行っていること」とのギャップが大きくなると、その存在意義までが問われかねないことにもなる。従来、社会福祉法人ではさまざまな不祥事の発生がみられたが、これは同族経営や行政の下請化と補助金獲得のみを目的とした官僚的規制との癒着が生み出したもので、非営利・協同組織のガバナンスと経営の透明性が問われるゆえんとなっている。こうした社会福祉に対する官僚的規制は厳しく批判され、民主的な行政改革と非営利・協同組織の民主的運営が目指されなくてはならないものといえよう。

現在、非営利・協同組織のなかで、協同組合法制、NPO 法制のいずれからも疎外されているものに、労働者協同組合（ワーカーズ・コープ）と生活クラブ系のワーカーズ・コレクティブがある。ともに縦割りの協同組合法制では受け皿が与えられていないものである。前者は全日自労の労働組合運動からスタートし、政府による公的就労事業の打ち切りのなかで、公園緑化事業、病院清掃事業、ビルメンテナンス事業、生協物流事業などから、最近では高齢者協同組合を立ち上げるとともに、地域福祉事業所づくりを進め、高齢者介護事業に乗り出すなど、医療・福祉関連の事業に力を注いできている。多くのところでは事業上の必要から、中小企業等協同組合法による「企業組合」法人を取得しているが、特段のメリットもなく、なによりも労働者協同組合本来の趣旨を表わす法人ではないとされ<sup>(34)</sup>、日本労働者協同組合連合会では「協同労働」という概念を基軸に据えた、独自の「労働者協同組合法（第1次案）（1997年6月）を作り、法制化の運動を進めている。

また、後者の女性たちのワーカーズ・コレクティ

ブも、協同組合の一員でありながら、現状の法制ではワーカーズ・コレクティブという新しい概念の協同組合を認知する協同組合はないとし、独自の「ワーカーズ・コレクティブ法案要綱」（第1次案1997年9月、第2次案99年11月）を発表している。新しく作られたNPO法についても、かなりの団体がNPO法に該当するが、全員が出資し、働き、応分に責任を担うという組織形態のため、現状ではNPO法人格の申請はできないとして、次のような問題点を指摘している。①NPO法のなかでは雇用労働とボランティアの二つの「働き方」しか位置づけられていない、そのため自主管理・自主決定を尊重した主体的な働き方を目指すワーカーズ・コレクティブが、NPO法人格を取得するためには、定款を変えることを余儀なくされるということ、②ワーカーズ・コレクティブでは、市民自らが事業を起こすために必要な資金を自らが出資しているが、NPO法には「出資」の概念はないということ、③準備金や積立金などの留保ができない、などである。

労働者協同組合法の実現のためには、小異を捨て大同につき、非営利・協同セクターの総力を結集するとともに、広く社会の理解と支持をえなくてはならないであろう。独り善がりでない、開かれた議論が求められるゆえんである<sup>(35)</sup>

#### （5）民医連運動の到達点とその特徴

ところで戦後わが国では、「民医連」（全日本民主医療機関連合会）と呼ばれる医療機関の連合体が結成され、その加盟院所が全国各地で目覚ましい活動を展開してきている。私はかねてからその活動に注目し、民医連運動こそわが国が世界に誇るべき医療・福祉における非営利・協同の実践ではないかと考えてきている。民医連医療機関は「働くひとびとの医療機関」として、厳しい日本の医療環境のなかにあって日常的に「差額をとらない医療」を原則的に守り続け、さらにはホームレスの人々の医療に取り組むなど医療の公共性を追求してきている。そして阪神大震災時には、傘下の医師職員1万人以上が「どの公的医療機関よりも機敏に支援活動に参加した。」<sup>(36)</sup>といわれる。

こうしたなかで民医連は1998年の第33回総会方

針のなかで「地域に『人権と非営利』を目指す共同の輪」ということを提起し、組織内での討論を呼びかけた。そして2000年の第34回総会方針では、「21世紀初頭の課題」として「人権をまもる医療活動と福祉分野のとりくみ」をあげ、①『「非営利・協同」について実践の中で深め、ひきつづき学習と論議を行う」ことを提起するとともに、②「地域の中での民医連院所・施設の存在意義を問い直す」として「より開かれた民医連」へということ強調している。そしてさらには③『「働きがい」と『院所・施設の発展』を統一し』として、「社会的使命と職員の『やりがい』『生きがい』が統一されなければならないことを強調し、最後に④新しい平和・福祉の国づくりのとりくみとして、「連帯」と「共同」による『「安心して住み続けられるまちづくり』の実現』を打ち出している。これは長年にわたって築いてきた伝統を踏まえるとともに、新たな飛躍を呼びかけるもので、わが国における非営利・協同の運動の最前線に立つものと高く評価することができるものである。

そこで次に、こうした民医連運動のルーツをたどるとともに、民医連が戦前から戦後にかけてその伝統をどう受け継ぎ、今日の時代の要求に応じてどう発展させようとしているかを、明らかにすることが必要となる。戦前の階級的医療運動として注目すべきものに無産者診療所運動があったことについては、さまざまな歴史の証言が伝えているところである。とりわけ山本宣治の暗殺を契機に雑誌『戦旗』に出された「労働者農民の病院をつくれ」のアピール（1929年4月）は、無産者診療所設立運動が全国に広がる契機になったといわれる。そして激しい弾圧のなか最盛期には全国で1病院、23診療所を擁するまでになったという。だが、今日との比較で一つだけその特徴を挙げておくと、それは階級的な意識をもった少数の先進的な医療関係者の運動にとどまり、戦後に見られるような大衆的な民主的医療運動とは大きく異なっていたということである。それは「無診以外の一切の機関を欺瞞的医療機関」と規定し、「階級的な立場」から全面的に開業医を否定する医療の社会化運動を打ち出していたもので、セクト的な医師敵論、医療国営論に立っていたともいわれる<sup>(37)</sup>。

戦後に目を転じると、敗戦とともにさまざまな民主運動が澎湃として沸き起こってくるが、無産者診療所の伝統を受け継いだ医療機関の活動も全国各地で復活をみる。東京においては、1946年5月に、全国に先駆けて板橋に東京自由病院（現在の小豆沢病院の前身）が、次いで同年9月に札幌に全駐労（OLU）北海道地方本部診療所、同年11月に日本共産党代々木診療所（現在の代々木病院の前身）が開設された。1947年7月に日本教具診療所（現在の大田病院の前身）が開設され、1948年11月に日本労農救援会（現在の国民救援会）による芝診療所（現在の芝病院の前身）が開設された。

有名な代々木病院についてみると、軍医として中国戦線に送られ、八路軍の捕虜となり、戦後復員した佐藤猛夫が、共産党本部のなかに「共産党診療所」という看板を掲げて運動家や勤労者に対する医療活動を始めたのが次第に大きくなり、「共産党病院」から「代々木病院」へと発展したものである。1993年には代々木病院、東葛病院、みさと協立病院が合同して新たなスタートを切ることになった。診療所、看護学校を含む大規模な医療複合体としての医療財団法人・東京勤労者医療会の誕生である。こうして当初共産党の診療所として出発したものも、やがて共産党の所有を離れて、民主的集団所有の形態に変わっていった<sup>(38)</sup>。

こうした医療機関が1953年に全日本民主医療機関連合会を結成し、全国的に連帯した運動を展開していくのであるが、「民医連の誕生は、日本の歴史そのものだった。」ともいわれる。「敗戦直後の荒廃の中で、貧しい人たち、当時の未開放部落の人たち、在日朝鮮人の人たちなど、他の医療機関では患者としてあるいは人間として正當に扱われない、あるいは医療を受けられない人たちの生存権を守ろうと、地域の労働組合や住民、医師をはじめとした医療従事者が献身的、自己犠牲的に立ち上がったのが、そもそもの始まりだった。」そのなかには国立病院を「レッドパージされた医者や看護婦さんが自分たちのお金をつぎ込んで、事務長も婦長も生活保護を受けながら、地域の人たちと力を合わせて『民主診療所（民診）』を開設した。」<sup>(39)</sup> ものもあったといわれる。

その運動の大きな特徴は、「社会的使命」とし

て「働くひとびとの医療機関」を目指し、民医連綱領（1961年）の下に結集していることである<sup>(40)</sup>。そして現在、民医連医療宣言の策定に取り組んでいる。また、民医連の組織としての特徴は、参加医療機関の法人形態としては生協法人、医療法人、公益法人などさまざまであるが、しかし、民医連そのものは法人組織の連合体ではなく、運動体として院所毎の参加となっているところにある。したがって、「民医連は医療機関の連合会ですが、経営者の団体ではありませんから、『医療機関の代表』だけでなく、職員の代表による構成という両方の視点を統一」<sup>(41)</sup>しているといわれ、文字通り非営利・協同の「民主的集団医療」の実践を體現するというユニークな性格をもっている。さらに全国組織として連帯している優位性は、全国連合会、地方連合会の運動上、経営上の指導性、人的、金融的支援機能にみられる。

半世紀の歴史をへて2000年を迎えた今日、民医連の医療分野における到達をみると、医師、看護婦、その他の技術職、事務職員などからなる雇用者数の合計が約46,000人、うち「医師・歯科医師がおよそ3,300人、院所数は病院が153、診療所が498、院所・学校その他の施設を合計すると1,300ヶ所以上になる。ベッド数は26,000床強、訪問看護ステーション264、一日外来患者数11万5千人強、一日入院患者数26,000人強となっている。日本の医療全体に占める割合はおよそ2.3%」<sup>(42)</sup>といわれる。またその規模を日赤、厚生連、済生会など全国的な主要医療機関と比べてみても、優に超えるものとなっている<sup>(43)</sup>。また、民医連院所は社保協（地域社会保障推進協議会）や高齢者運動連絡会など地域の医療・福祉に関わる共闘組織の中核となって活発な運動を展開している。

民医連独自の大衆運動性という点では「共同組織」が注目される。最近時の調査報告によれば、①組合員組織によって成り立っている医療生協の組合員1,899,202世帯と、②生協法人以外の法人にも友の会などの会員624,010人がおり、③社団法人の社員組織41,314人と合わせると、総計2,564,526人という巨大な組織になる。民医連ではこれら全体を「共同組織」と呼んでいるが<sup>(44)</sup>、1999年11月現在では264万人に達する規模となっており、300万人への組織拡大が目指されている。

各院所は現在、高齢社会の到来と介護保険制度の導入への対応として、医療から福祉への戦略的展開を進めており、福祉の市場経済化を前に営利企業との競争においても非営利目的の医療機関としてその最前線に立っている。その具体的な形態は九州の筑豊医療団のように「助け合いの会」から発展してNPO法人の認可を取るもの、東京の健生会・立川相互病院のように「共同組織」の「ヘルパーステーション・コスモス」がNPO法人「地域福祉サービス協会・あーす」を生み出すもの、広島中央保健生協のようにたすけ愛の会「青い鳥」がヘルパーステーションを運営するなど様々であるが、こうしたなかで地域のネットワークづくりが重要な課題となってきた。

中野区の健友会では諸団体でつくる「非営利・協同懇話会」に参加、共同で行政へ働きかけ、ヘルパー事業の発展方向を探りたいとしており、99年7月に開設した健友会ヘルパーステーション「ほっと」では「医療機関がやっているので安心できる」と患者にも、新しく登録したヘルパーにもいわれ、報酬は高くないが、病院がやっていることがヘルパーに働きがいを提供しているという。東京北部医療生協の浮間診療所では地域にある区の特養ホームや在宅介護支援センター、保健センター、民間の老人保健施設、訪問看護ステーションとともに、学習と交流会を積み重ね、地域への有効なアプローチを目指したネットワークづくりを行ってきている。こうしたヘルパーステーションづくりを通じて、デイケア・ボランティア、給食サービス・ボランティアなどボランティア活動も活発化してきている。また埼玉県の新郷市には勤医会の「みさと協立病院」と、健和会の「みさと健和病院」があるが、これまでほとんど付き合いがなかった両病院が市長選挙を契機に共同した取り組みを始めているという。

足立区で在宅ケアの先駆的実績を持つ特定医療法人財団健和会・柳原病院では、1994年厚生省の助成研究事業「訪問看護ステーションによる24時間在宅ケアシステムのモデル事業」（看護婦とヘルパーがペアで行う24時間巡回型在宅ケア）を行うに当たって、会社形態のファミリーケアという組織を立ち上げ、99年末ですでに5年間の実績を積んでいる。この1年間で北千住地域以外に、新

たに7カ所のケアステーション（訪問介護事業所）を開設、経営や運営の面ではいまだに悪戦苦闘しているというが、着実な歩みを重ねている。健和会自体も東京の東部地域から千葉県、埼玉県へと広域的に展開し、いまや30カ所に及ぶ医療・介護機関をもつまでになっている。

こうして97年12月から99年12月までの2年間に、民医連の老人医療・福祉分野では老人保健施設が12から26へ、特別養護老人ホームが3から4へ、訪問看護ステーションが195から345へ、在宅介護支援センターが15から43へと大きく増大してきている。

ところで、こうした民医連院所についても、非営利・協同組織の経営論の視点からみるといくつかの問題を指摘することができる。まず第1に非営利目的についてであるが、民医連運動は民医連綱領に具体化された「社会的使命」を目的とした医療従事者の主体的な運動で、NPO性を持っている。その意味では「使命共同体」ということができ、またその組織は「同志的結合体」ともいえるものである。しかも、公共性をもった医療経営を運動の存在形態としているところにその特殊性があり、いわゆる「民主経営」一般に解消されえないものといえる<sup>(45)</sup>。

第2に民主的集団所有ということであるが、この点に関しては生協法人についてはそういえても、それ以外のものについてはどこまでそういえるかが問題となろう。生協法人は組合員が主体となって出資、経営、利用を行うもので、本来的に民主的集団所有に基づいた参加型組織である。それに対して医療法人や公益法人の場合には、一般には創業者が中心となった創業者支配がみられ、社団でも出資金の持分を有する社員が管理運営においても中心となっている。財団や持分のない社団の場合については、理事会によって管理運営が行われるが、実態は創業者支配から民主的な参加制度のあるところまで様々なものがあるといえよう。

民医連医療機関の場合には、志を抱いた医療関係者の力だけでなく、地域の支援団体の協力など様々な背景があり、法人形態の違いは別として、共に民主的集団所有が形成されているといえる。先の調査報告からみると、1995年度の出資金・基金総額は323億2,401万円で、1990年度の184億2,402

万円と比較してみると1.75倍になっている。そのほか有利子借入金が583億52万円、無利子借入金が45億5万円で、それぞれ0.96倍、1.87倍となっている<sup>(46)</sup>。資本形成の面でも大きく前進している。民主的集団所有は、病院建設の資金調達という点からは決定的な重みをもってくるが、非営利・協同組織においては1人1票制の原則に立っている限り、およそ資本家の所有がもつような拠出した資金の大小による意思決定への影響は存在しないと考えられる。

生協法人と医療法人とを比べると、組合員組織をもつ生協法人の方が大衆的基盤の点で本来的により広いものがあるといえよう。医療法人が医師、看護婦など医療専門家の呼びかけで設立されるとき、その実体は労働者協同組合に近いといえるが、最近では先ず初めに「共同組織」の友の会の設立を呼びかけ、賛同者が2,000人位になってから、診療所を立ち上げる事例が多いという。友の会会員のなかから社員になるものが出てくると、実態としては組合員を中心として設立される生協法人との違いもそれほど大きくもないとみられる。したがって、所有の形式よりも管理運営に関わる意思決定のあり方が問題となってくる。

そこで次に、第3の民主的管理運営の課題に関して医療生協と医療法人とを比べてみると、医療生協は組合員の参加を重視する組織で、組合員の主人公性が理念的には明確になっている。しかし、大規模化とともに、経営は専従者の手に委ねられ、官僚主義が発生し、組合員参加が「空洞化」しがちなことは、農協や購買生協などの協同組合の事例をみれば明白である。さらに問題点は職員の参加が制度化されていないことである。もちろん、職員も組合員となっではいるが、それは利用者の一人としての資格で、労働者としての資格ではないので、総代会などでの発言権は限られてくる<sup>(47)</sup>。

一方、民医連の医療法人では友の会が作られ、利用者の声を吸い上げる仕組みができています。大衆債など資金調達の上でも協力がなされているが、生協法人と比べた場合、法制度上における利用者の参加の位置づけに限界のあることも明らかである。制度的には組織の外部者であり、どこまで意思決定への参加ができるか問題が残る。

したがって、生協法人、医療法人の別を問わず、

民主的管理運営は共通した課題となってくる。いま、「共同組織」の医療・経営活動を先の調査報告からみると、友の会組織が「理事会へ組織として意見をあげている」、「評議委員会、理事会に参加」、「定期協議会・法人評議委員会への参加」、「理事の経営活動についての学習会・法人全体での経営活動を考えるシンポ」、「毎回管理部からの経営状況の報告を受ける」など積極的な取り組みのみられるところがあるかと思えば、調査用紙の回答が空欄になっているところもあり様々である。その実態が各院所における民主的管理運営の水準を物語っているものといえよう。

「共同組織」の班への組織率（組織数÷構成員数）をみると、最近では97年度の16.40%から98年度には12.64%に下がってきているのが問題となる。また、職員が「共同組織」に加入しているところが民医連固有の特徴となっているが、県連単位でのその加入率は10%台のところから100%に達しているところまで地域によってアンバランスが目立ち、全体としては64.8%の加入比率になっている。課題が残されているといえよう。

職員組織においては、ワンマン経営や現トップが次期トップを指名するという一般の非営利・協同組織においてよく問題になる「慣行」の弊害を防ぐためには、理事会の確立と後継者の育成、役員交代のルール化とともに、情報の完全公開・全構成員による共有が重要になる。この点に関し民医連は「全職員参加経営」を目指しており、道北勤労者医療協会の山田浄二氏は「一円の単位まで全職員に経営を公開して、その使い道も予算も全職員みんなで討議して決めています。」<sup>(48)</sup>と述べている。

道北勤医協の場合、150人の出資社員としての職員と、25,000人の終身の友の会員を組織の中核としている。前者は「労働者協同組合員」に当たり、後者は「利用者協同組合員」に当たるものといえよう。山田浄二氏は「協同という点では勤医協の運動というか民医連の運動というのは、（医療労働者の協同と住民の協同の）二つの協同の運動の結合体であると私は自己認識しています。」<sup>(49)</sup>といい、「この二つの運動主体の在り方は、（モンドラゴンの）エロスキ（複合協同組合）に良く似ている。労働者の協同の理念の高さと、市民の協

同の大衆性というスタイルは、事業を伴う運動においては普遍性があるのでは、と深く考えさせられる」<sup>(50)</sup>と述べている。

また医療生協の場合についても、日野秀逸氏は、「わが国の医療生協は、法律上は消費生協ですが、実体は住民・患者という消費者と、職員という労働者の、総合的な協同組合になっているということもできます。」とし、「消費者協同組合と生産者協同組合という2つの協同組合の利点を結合して発展させるという視点が不可欠になる」<sup>(51)</sup>としている。

以上のようにみてくると、民医連の民主的管理運営も個別経営毎に多様な実態にあるとみるのが正確で、完成したものではない。したがって、構成員間の無葛藤理論は正しくない。一方、営利企業との単純な同一視もまた正しくない。将来的には医療の公共性の実現と民主主義の発展を展望して、法人形態の如何にかかわらず複合協同組合モデルの形成を志向すべきものということができ、参加形態のより一層の探究と具体化はこれからの課題といえよう。

第4には財務管理上の課題がある。非営利・協同組織では一般の企業と同様、科学的管理ということが強調されてはいるが、必ずしもそうになっているとは限らない。民医連でも過去には1983年に130億円の債務超過におちいった山梨の公益社団法人勤労者医療協会<sup>(52)</sup>や85年に不渡手形を出し、92年3月末なお130億円の債務超過を抱え、現在も苦闘している北九州の財団法人健和会<sup>(53)</sup>の事例にみられるように、時に経営破綻が大きな問題になっている。その背景には経営トップの独走、医師、職員はトップにお任せ、過大な投資や赤字にも無関心という、およそ科学的管理とは無縁な実態がみられた。組織の大規模化とともに組織内部でも管理労働と執行労働との分化が生まれる。情報のトップへの集中、指揮・管理のトップダウン、現場からのボトムアップの閉塞状況、中間管理者のミドルアップ・ダウンの無機能化が生まれる。

非営利・協同組織は絶対に赤字を出してはならないとはよくいわれることであるが、現実には信じられないような巨額の赤字を抱えていることも稀でなく、どうしてこうなるまで放置されてきたのか信じられないようなこともある。最近も1998

年末に大坂で耳原総合病院をかかえる同仁会の「前倒産」という事態が発生した<sup>(54)</sup>。これには全日本民医連の総力を挙げた支援が行われ、協力債30億円が集められた。管理部が適時に問題を提起してきたか、医師集団が決定に参加してきたか、大学病院だけに目がいて、地域をみていなかったのではないか、ということが問題とされ、「医療と経営の乖離」「医療と地域の乖離」「理事会と職場の乖離」が明らかとなり、「医療・経営構造の転換」が課題とされている。現在、民医連の院所では、内部管理の目的に独自の統一会計基準による院所独立会計、部門別損益計算の確立を目指している。

最後に、第5として労働組合問題がある。民医連では60年の第8回総会で「内部に基本的に搾取は認められない」との統一見解を打ち出して以来、今日まで受け継がれてきている。一方、民医連医療機関の労働組合はそれぞれの歴史的経過から医労連や全国一般に所属しているが、その活動は活発で、労働者の権利擁護、生活防衛機能を果たしてきているといえる。経営に対するストライキ闘争も珍しくなく、時には労使関係は緊張したものとなり、そのしわ寄せが患者の上にかぶせられることもないわけではない。そうなるとその「社会的使命」の実現そのものを危うくしかねないことにもなる。

労使間の対立は現在の医療をめぐる構造的な矛盾がその背景となっていることからその解決は簡単ではないが、経営の目的と労働の目的との一致に経営の強さや力の源泉をみいだすためには、働きがいを生み出すための職員参加が重要となる。そして患者・利用者を視野において、具体的状況に則して現実的な解決が図られなくてはならないものといえよう。しいていえば労働組合の経営へのチェック機能、経営改革への取り組みの機能が弱いところが問題となろう。経営への対決姿勢が前面に出て、参加への消極的姿勢が目につく。これは労働組合運動全体の現状のしからしめるところともいえるが、当面する経済民主主義の実現という課題からやがては「経営の主人公」になるという展望をもって活動しているかどうかが問われよう。

非営利・協同組織は一般に中小企業といっ

く、民医連医療機関も同じである。ここでは大企業の経営や公務部門と異なった、中小企業型の労働組合運動が求められてくる。すなわち、一面「対決」と一面「協力共同」という運動路線がとられなくてはならないはずである。自立性を持たない労使協調型と単純な労使対決型との克服が課題となる。また、「医療活動が先か、労働条件の改善が先か」というよく問題になるものについても、単純に二者択一的にとらえるべきではないといえよう。人の生命と健康を守る仕事の重みをふまえるとき、「患者の基本的人権」を優先し、「職員の基本的人権の制限が必要」とする大島慶一郎医師の言葉は過激で、人によっては問題と感じ、労働組合からの反発も予想されないではないが、それなりの見識といえよう<sup>(55)</sup>。こうした患者本位の考え方は、患者の生命に直接関わる医師の仕事から生まれてくるもので、補助的あるいは間接的な仕事の看護婦、医療技術者、事務職員などとの間に矛盾の生まれてくることも考えられないではないが、共に医療の担い手であることには変わりなく、その矛盾は具体的状況に則して解決される必要があろう。

#### (6) 有田光雄氏の民主経営論について

以上みてきたように非営利・協同という概念が学問的にも、運動論的にも、市民権をえて広がっていくなかで、雑誌『経済』1999年1月号は、川口清史、角瀬保雄、浜岡政好、鈴木 彰の4名の参加により、「『非営利・協同』の探求」と題した座談会を開いた。この企画は、各人がそれぞれ分担して問題提起をし、議論を通じて問題の理解を深めるというものであり、必ずしも出席者相互間での論争を意図したものではなかった。しかし、結果的には、研究者の3名と労働運動家との意見の違いが際立つものとなった。その後、雑誌の「読者の声」欄に多くの賛否の意見が寄せられたように大きな反響があったが、積極的なものばかりではなく、一部に強い反対の意見もみられた。これが非営利・協同をめぐる今日の状況といえよう。

ところで、かねてから民主経営について活発に発言をしてきた論者に有田光雄氏がいる。氏は労



働運動の実践家、理論家として知られているが、とくに近年では『民主経営の管理と労働』（同時代社、1996年）『民主経営と労働運動』（同時代社、1997年）、『非営利組織と民主経営論』（かもがわ出版、2000年）という著作を連続して刊行されている。氏と同じく民主経営に関心をもつ一人として、私にとって氏の存在は貴重で、共感するところも多かった。しかし、最近著の『非営利組織と民主経営論』については、一定の積極面を持ちながらも、その非営利・協同論に対する批判については、大きな問題が含まれていると考える。同書は若干の講演記録を別にすると、富沢賢治氏のブックレット『非営利・協同入門』、雑誌『経済』での座談会「非営利・協同の探究」と協同組合総合研究所の「生協労働組合研究会」での小野塚知二氏の報告に対する批判が中心となっており、先の座談会での私見に対しても批判的見解が表明されている。全体として氏独特の民主経営論をもって非営利・協同論を批判するものとなっている。したがって、最後に氏の見解に対する回答が必要になる。

氏は冒頭、「もともと非営利・協同論は科学的社会主義の学説とは異なる学問体系の所産なのである。」「民主経営論と非営利・協同論とは明らかに思想的源流を異にしている」「現在の非営利・協同論が、科学的社会主義の原理の『修正』を前提にして構築されている事実には強い関心をもたないわけにはいかない。」<sup>(56)</sup>と宣言し、非営利・協同論はまぎれもなく「科学的社会主義からの決別『宣言』」<sup>(57)</sup>であるとする。ここで氏と科学的社会主義論争をする余裕はないが、科学的社会主義とは人類の積極的な遺産のすべてを受け継ぐもので、そしてなによりも現実が提起する問題の分析をととして、社会変革の運動への指針を提起するものである。それは決して閉ざされた教条の体系ではないはずである。思想的源流なり学問的系譜なりを異にするものについても今日的に評価し、価値あるものは科学的社会主義の内に包摂することが重要であると考えている。現在までのところ、非営利・協同論についての科学的社会主義の立場からの研究は始まったばかりで、十分な評価と位置づけを確立するまでにはいたっていないといえるが、私は以上のようなものとして科学的社会主

義を考え、そうした立場から非営利・協同論について考えてきている。

氏はきわめてプラグマチックに「非営利・協同の思想的源流さえきちんとつかんでさえいれば、このカテゴリーは、民主経営の実態をより効果的に表現するという利点がある。」とし、「わが国では、このような換骨奪胎……の事例がないわけではない。たとえば、経済民主主義である。」<sup>(58)</sup>「非営利・協同のカテゴリーについても、このような換骨奪胎が可能でないはずはない。」<sup>(59)</sup>としている。

それはともかくとして氏の批判の矛先は、主に冒頭で紹介した富沢賢治氏による非営利・協同組織の「四項目規定」に向けられる。次いで雑誌『経済』の座談会の批判へと展開している。富沢氏の所論に対する有田氏の批判には重要な論点がないわけではないが、それについては両氏に委ね、ここでは私自身に関わる限りで反論することにした。有田氏が非営利・協同論について最も問題としているところは、「階級闘争の見地がまったくといっていいほど欠落している」<sup>(60)</sup>ところにあるとする。私に対する氏の批判もこの点におかれている。

国家、市場、市民社会と非営利・協同組織のいずれについても、資本主義社会の存在であることはいうまでもなく、したがって資本主義的階級関係によって規定されていることは当然である。したがって、氏のいう階級的視点の重要性についても社会科学の当然の前提といえる。しかし、問題は現実の分析のなかで階級的視点をどのように具体的に展開するかということである。階級的視点ということを経験の上で一般的に強調したからといって、それで医療・福祉の問題の解明と解決が進むわけではない。世の非営利組織論、協同組合論のなかには階級的視点が希薄なものがないわけではないが、単純な労使の階級対立、搾取論をいって、それで済むものでもない。現代における階級闘争の課題、医療・福祉における階級矛盾の現われを具体的・現実的にとらえることが重要なのである。そうした観点に立った場合、すでにみてきた規制緩和、市場化、営利化と非営利・協同運動との対抗関係は、階級矛盾の今日的現われの、最も重要な局面となっているのである。したがって、有田氏の議論は階級闘争の今日的な多様



性・複雑性をみない、きわめて単純な議論といわなくてはならないであろう。

生活困難の増大、貧困者の増大、福祉の切り捨てが進むという今日の情勢は、規制緩和と利潤追求のため低賃金労働力を求めてリストラを進め、失業を増大させるとともに、地域を見捨てて顧みない多国籍企業のグローバリゼーションによって生み出されているものである。医療・福祉における非営利・協同運動の背景には、それへの対抗のあることは明らかである。社会保障、社会福祉における政府の公的責任を迫るとともに、目の前の矛盾を放置することなく、協同の力でできる努力をする必要がある。両者が一体となって初めて問題の解決への道が開けてくるのである。高齢者福祉は伝統的な家族内での対応や慈善事業、政府や地方自治体の施策だけではもはやその解決の手に余るものとなっており、人々の協同が求められてきている。介護保険に対する取り組みの経験はそのことを示している。新しい平和・福祉の国づくりの展望も、全国各地域での社会保障推進協議会などの運動と非営利・協同の運動が合流するとき開けてくるものといえる。医療生協の組合員、医療法人の友の会会員とともに歩む「共同の営み」としての民医連医療、「民主的集団医療」はまさに非営利・協同の運動の実践そのものなのであり、医療・福祉はまさに今日的な階級闘争の主戦場の一つなのである。社保協運動の牽引車となりながら、経営的に厳しいといわれる福祉にあえて挑戦する民医連の非営利・協同の運動ほど、階級的な運動はないといってよいであろう。

現代資本主義の営利追求の市場原理至上主義、規制緩和、グローバリゼーションに対するたたかいとともに、非営利・協同組織の持続的な発展のためには社会的に有効で、かつ民主的で効率的な組織を確立することが求められている。しかしながら、非営利・協同組織も営利企業との市場競争から自由ではありえないし、経営的には人件費コストの削減か利用者の負担か、という問題に直面することも起こりうる。アウトソーシング化やその切捨てが避けられなくなる場合もある。過去には「協同組合の失敗」とか「ボランタリーの失敗」といわれるものが数多くあった。それと同じく今後、「非営利・協同の失敗」ということも十分に

起こりうることを考えておくことが重要である。

ところで、私見に対する有田氏の批判についていうと、私見を、民主経営論を非営利・協同論で代位するものとし、それは「第一には、民主経営論の発展、到達を掘り崩す歴史性の喪失である。」、 「第二には、戦後の民主経営論の学際的探究での主体性の喪失である。」、 「第三には、民主経営の現実の運動にもとづかない実践性の喪失である。」<sup>(61)</sup>と決め付けている。果たしてそうであろうか。民医連はこれまで自らを民主経営として自己認識してきていたといえるが、民主経営という概念については、その内容が必ずしも一義的に明確なものとはいえない。もともとそれは、戦後、民主運動のなかで自然発生的に使われるようになったものといえる。

真田 是・池上 淳・山口正之・鈴木清覚『時代を切り拓く「民主経営」』（かもがわ出版、1992年）によると、民主経営には株式会社をも含め、協同組合、医療法人、学校法人、社会福祉法人、財団法人、社団法人など様々な経営形態のものがあるとされている。「民主経営は国民の運動の発展として、社会的な要請として、あるいは社会の法則的な発展として、必然的に生成し発展する」として「一般的な企業体や事業体であったものが、……民主化され、集団化されることによって民主経営に発展していく場合」<sup>(62)</sup>も包含されている。したがって、そこでは法人形態よりも、経営の実体が重視されており、民主経営の4指標として①事業体の設立過程と資本構成における民主性（集団所有）、②目標と理念における民主性（＝非営利）、③経営・管理における民主性、④労使関係における民主性（労働組合の確立が前提）があげられている。こうした民主経営においても現実の矛盾の発生は避けることができず、経営・管理の側における「賃金と労働条件の水準を不当に低く押さえようとする」傾向と、労働組合活動に現われてくる「経営・管理者は敵」とする「機械的な労働組合論」が問題とされている。すなわち、経営参加や協同を否定し、もっぱら「経営責任」を追及する傾向である<sup>(63)</sup>。

ここではかなり広い範囲のものを民主経営と呼んでいることがわかる。大企業に対する民主的規制と企業の民主化、経営の民主化を研究課題とし

てきた私は、これまでこうした広い範囲のものを民主的経営あるいは民主的企業と呼び<sup>(64)</sup>、戦後運動のなかで使われるようになった「運動に役立つことを目的とした経営」としての狭義の民主経営とを区別し、「運動への奉仕性がその基本的性格」となっている後者には、「いわゆる」という意味を強調し「民主経営」と括弧をつけて使っている。民主的経営には民医連医療機関のほかに、広く各種の協同組合や中小企業家同友会に参加している様々な業種の4万社を数える中小会社、弁護士事務所、会計事務所、建築事務所などの専門職業組織が含まれると考えている。民主的な管理運営を原則としている非営利・協同組織は当然、民主的経営に属するものといえるが、民主的経営と呼ばれるもののなかには本来的な営利企業としての株式会社組織をとっているものもあり、その意味では非営利・協同組織よりも広い概念であるともいえる。真田ほか著での民主経営の概念は私のいう民主的経営の概念と等しいものといえてよいであろう。

私は経済民主主義について研究をするなかで、狭義の民主経営に関心を持ち、民医連医療機関についても初めは民主経営という視点から研究を進めていった。やがて民医連運動の実践を世界的なパースペクティブのなかに位置づけ、その国際的な意義を確認することが重要と考えたとともに、その研究を学問的地平に高めるためにも、民主経営という言葉よりも非営利・協同組織という概念を使って議論する方がより適切と考えるようになったのである。このことから有田氏は私を、民主経営論を非営利・協同組織論で代位するものというのであろう。しかし、民主経営という言葉の使用を否定し、非営利・協同組織という言葉で代位すべきだとは提案していない。民医連医療機関はまぎれもなく民主経営であるが、他面ではより広い世界の非営利・協同組織の一員であるというのが私の考えである。あれかこれかではなく、私は今日でもTPOに応じて両者を使っている。

一方、小野塚氏は「民主」や「民主的」という形容詞を左翼隠語として切って捨てているが<sup>(65)</sup>、私は民主的経営のなかに民主経営をきちんと位置づけている。だが、民主経営という言葉はすでに述べたような運動のなかで使われてきたものであ

り、仲間内でしか通用しない特殊用語であることも事実なのである。いかにそれが大切なものであっても、学問的に認められた概念とはなっていないものなのである。私と有田氏とでは同じ民主経営という言葉を使っている、その表象するものは大きく異なっているといえる。氏は自己の考えを基準に他を一方的に斬り捨てているが、こうした批判の仕方からは生産的なものは生まれてこないであろう。

では氏の民主経営論とはどのようなものなのであろうか。その概念は果たして学問的検討に値するものなのであろうか。氏は民主経営の経済的な土台を民主的・集团的所有に求めているが、その本質はどのようなものと考えているのであろうか。有田氏の所論は、所有関係を重視し、そこからすべてを展開しているところに特徴がある。すなわち、民主経営は「社会的所有＝民主的・集团的所有」のもとに活動している。したがって、その「労使関係は、特殊なものである。」「民主経営内部に資本家はいないし、また、資本を代表して労働者に対立しているものも存在しない。ここでの『剰余価値』は、不払い労働には違いないが、搾取の結果とは異質のものである。したがって、ここでの管理と労働の関係は、資本主義企業とは本質的に異なっている。』<sup>(66)</sup>とする。

氏は小松善雄氏の「協同組合の本質論争と現代協同組合論」から、協同組合は「形態としては社会資本である。しかし、本質的に内容・内実においては、生産者の共同所有・直接的な社会的所有、自主的共同管理とそれに根拠づけられた目的と経済的諸機能をもっている。したがって、これは、資本主義のなかにおける社会主義的要素である」<sup>(67)</sup>という叙述を引用し、「この観点が重要である」とする。そして「資本主義のなかでの社会主義的要素には、労働者の搾取の条件は存在しないのである。』<sup>(68)</sup>としているが、どうであろうか。

氏はまた、芝田進午氏の次のような文章も引用し、これ以上に付け加えることはなにもないといっている。「協同組合労働は、『賃労働』の形態でおこなわれているとはいえ、自主的な雇用組織としての協同組合との関係では、原理的にみて、剰余価値法則によって搾取され、不払い労働をおこなわれているということはできない。というのは、

協同組合労働者は、みずからの労働力を資本あるいは資本の機能を代行する国家、その他の機関と交換しているのではなく、協同組合と交換するのであり、剰余労働の成果の処理について発言し、それを共同占有できるからである。」<sup>(69)</sup>

私は、こうした認識に基づいて民医連医療機関の民主的集団所有を「社会的所有」、「社会主義的要素」とする有田氏の認識は、きわめて特異なものとする。こうした理解は、所有・経営・労働を一体化した労働者協同組合については抽象的・一般的にはいっても、民医連の民主的集団所有の実体は先にみた通りのものなのであり、氏の考えているものとは大きく異なっているのである。国家独占資本主義の支配の下においては、労働者協同組合についても経済構造全体からの搾取の問題が問われるのであり、共同占有としての参加の内実が問われてくるのである。ましてや一般の協同組合においては、氏が表象しているような経営は現実にはどこにも存在しないものとしきれないようがないのである<sup>(70)</sup>。

氏の所論の混乱は、民主経営の概念を以上のようきわめて狭くとらえているかと思うと、他方では民主的経営と同一視している点にみられる。たとえば、「資本の私的・資本家的な所有をもっているかぎり、その企業はどこまでいっても民主（的）経営のワクをこえて民主経営に成長・転化することはありません。」<sup>(71)</sup> と、民主的経営と民主経営との間に万里の長城を築いているかと思うと、両者を代替的に使っており、民主的経営と民主経営の間の区別と関連性が不明瞭なものとなっている。たとえば次のようにである。「おそらく、わが国でも21世紀もそう遠くない時代に、独占・大企業の民主的な規制がすすむと同時に、中小企業の全体としての民主的経営への転換がおこるでしょう。……株式会社から非営利・協同の経営・企業体への転換も大規模におこなわれるようになって、文字どおり、民主経営が林立する時代がくると思います。」<sup>(72)</sup> ここでは民主的経営と民主経営とを同義語のように使っている。氏にあっては民主的経営と民主経営には区別がないというのが正確であろう。だから「民主（的）経営」という表現を頻繁に使うのであろう。しかもそれが「社会的所有」「社会主義的要素」とされているので

ある。

私は、民主経営を民主的経営一般のなかでの先進的なものではあっても、代表というよりは、特殊なタイプに属するものと考えている。また非営利・協同組織と「階級性」とに関しては、資本主義社会の非営利・協同組織にはその階級構造を反映して、「階級性」の点で多様なものが存在するし、それは当然のことと考えている。民主経営としての民医連医療機関はいうならばそうしたなかでの最も労働者階級的な非営利・協同組織といえよう。

ところで有田氏の民主経営無搾取論の対極に立つと思われるのが、雑誌『経済』の座談会のなかで氏が唯一正しい立場としている鈴木 彰氏の所論である。それは簡単に縮めていうと、①協同組合の「資本性」から「最大限利潤の追求」を導き出し、②協同組合であっても「搾取と収奪を制限するものではありません」とし、③他方、「協同組合運動がその経済活動・事業活動によって労働者・勤労国民の生活をまもることのできる範囲は、資本主義のもとではきわめて限られている」<sup>(73)</sup> という3段論法で、非営利・協同の運動の消極的評価を導き出しているものである。これは一部にみられる非営利・協同運動万能論の裏返しで、労働運動と非営利・協同運動とを機械的に対立させる問題の多い運動論といえよう。鈴木・有田両説とも所有論から出発している点では共通しているが、帰結は正反対となっているところが特徴的である。私は労働運動に対しては、市場原理至上主義、営利追求至上主義に反対する戦線を拡大していくために、非営利・協同の運動と連帯することを期待しており、労働運動の一部にみられる非営利・協同運動に対する狭い見方には批判的であるが、ここではそれを論じるのが主題ではない。一方その反射的現象として非営利・協同の運動のなかに生まれてくる非営利・協同の一面的絶対化、政治運動や労働運動の役割の無視も問題とされなくてはならないであろう。

私の見解は、労働者教育協会の勤労者通信大学が最近到達したという以下の見解とほぼ一致している。すなわち、その経済学教科書委員会は1998年5月28日付の「協同組合経営の労働者は搾取されているか？」という文書において、『民主経営』

という概念は極めてあいまいで科学的な概念とはいえません。」とするとともに、「協同組合では搾取は存在しないという主張は（以前の教科書の『理念的には存在しない』を含めて）正しいとはいえず、協同組合経営の労働者といえども資本主義のもとでは『資本』によって搾取されている」と結論付けている。簡単な文書なので理論的な解明という点ではまだ十分とはいえないが、結論的には正しいものといえよう。しかも同文書は続けて「もしも仮に協同組合が全出資者＝全労働者であるとすれば、そこでの労働者が剰余労働を行っているとしても、そこでは搾取は存在しないといえるでしょう。」としており、マルクスの資本論における協同組合工場の規定にも目配りをしている点は評価される。しかし、「今日のわが国での現実の各種協同組合経営は全出資者＝全労働者の形態をとっておらず、そこで働く労働者は協同組合に雇われて働く労働者なのです。」としている点は、規模が小さいとはいえ、また雇用労働であろうとなかろうと、協同労働ないし自主管理労働へのアプローチを進めている組織が現に数多く存在している事実を無視しており、問題が残される。

主観的、客観的の別はあっても、マルクスの理論的命題を指向しているものは、世界に数多く存在している。それらはいわば「未来を拓く変革の契機」としての「未発の契機」<sup>(74)</sup>に当たるものといえよう。民医連院所もその一つといってよいであろう。しかし、「未発の契機」であるがゆえに、100%完成したものはなく、その不完全性の度合いにより「搾取」問題も起こりうるが、搾取関係があるかないかということ、また所有関係が資本主義的であるかどうかは、「資本主義の枠内での民主的改革」が課題となっている現在の段階では主要な問題にはなりえないと考えている。今日の特徴は、資本主義的所有や搾取関係の廃止ではなく、独占、大企業の民主的規制と中小企業および非営利・協同組織の民主的发展が求められているのである。非営利・協同の運動も、資本主義の体制の下での運動であるから、そこには限界があるのは当然であり、無矛盾であるはずがない。しかし、そのことからその意義を否定することは、別の誤りにおちいることになるであろう。

有田氏についていうと、氏は自らの無搾取論は

「理論的命題」であって、「現実的実態とは別次元の問題である。」<sup>(75)</sup>としているが、現実的実態を無視した理論的命題は科学的といえないし、実践的にも役に立たないであろう。氏は民主経営を「資本主義企業とは本質的に異なっている。」とするが、この点が氏の愛してやまない労働運動の側からは階級性「脱却」の薦めであるとして、「悪魔のバイブル」と非難されるゆえんになっているのは皮肉なことである。私の立場はあえていうならば有田・鈴木両説を止揚する立場である。

### （7）むすびにかえて

21世紀社会が多元社会となるであろうこと、そこでは多元システムの構築が求められるであろうことは明らかである。そして、社会福祉論の世界で福祉ミックス論が提起され、福祉のベストミックスがいわれているが、公的福祉から市民福祉への転換、福祉国家から福祉社会への転換の一面的主張には、その善意にもかかわらずオプティミズムの含まれていることは明らかである。それは意図すると否にかかわらず、医療・福祉への市場原理の導入を促進する結果となるであろう。これまでみてきたところからいえるのは、私が非営利・協同組織の役割を強調するのは、市場原理至上主義に対して対抗する公的セクターと非営利・協同セクターとのパートナーシップ構築の重要性を意味しこそすれ、公的セクターの役割を否定するものでは決してないのである。

非営利・協同セクターないし非営利・協同組織については、その資本論、労働論、経営論などその探究が始まったばかりで、今後解明していく問題も多いが、私は本稿での分析が明らかにしてきたように、医療・福祉をめぐる対抗と非営利・協同の運動はまさに「階級闘争の一つの営み」<sup>(76)</sup>であると考えている。医療・福祉と非営利・協同組織をめぐる問題は、わが国一国だけのものではなく、国際的な性格をもったものといえる。アメリカにおいてはNPOとしての非営利病院の役割、ヨーロッパにおいては社会支援企業ともいえるべき「新しい協同組合」の台頭が注目されている。新しい社会的ニーズに応える、こうした非営利・協同協同組織の役割は今日世界的なものとなってき

ており、現代に普遍性をもったものということができよう。1999年カナダで開かれた国際協同組合同盟（ICA）の大会も、その21世紀戦略を健康とソーシャルケアに定めている。欧米における非営利・協同組織の分析については、次の課題としたい。

- (1) 富沢賢治『社会的経済セクターの分析』岩波書店、1999年、20ページ。
- (2) ビクター・ペストフ「ポスト産業社会における消費者協同組合（生協）の将来性」川口清史・富沢賢治編『福祉社会と非営利・協同セクター』日本経済評論社、1999年、168ページ。
- (3) 富沢賢治「非営利・協同セクターとは何か」、川口清史「非営利・協同組織の日本的文脈からの定義と概念化」川口清史・富沢賢治編『福祉社会と非営利・協同セクター』日本経済評論社、1999年、17～42ページ。
- (4) 角瀬保雄「NPOと協同組合の接近」『仕事の発見』no. 20、1997年3月。
- (5) 橋本俊昭「日本経済新聞」2000年2月15日付。
- (6) 二木 立『保健・医療・福祉複合体』医学書院、1998年、230ページ。
- (7) 丹羽幸一・杉浦啓太『病院沈没』宝島社、1999年、170～171ページ。
- (8) 『日本経済新聞』2000年2月17日付。
- (9) 角瀬保雄「規制緩和への視点」『月刊保団連』1998年3月号。
- (10) 『日本経済新聞』1999年8月15日付。
- (11) 丹羽幸一・杉浦啓太、前掲書、24ページ。
- (12) M. フリードマン以来の医療・福祉における「競争的市場モデル」に対する批判としては、西岡幸泰氏がアメリカのA. レールマンの所説を批判的に検討・紹介しているが、さらに規制緩和推進論者の拠り所の一つとなっているものに企業立病院の存在がある。これは戦前、石炭産業や金属鉱山を経営する財閥企業や企業城下町を形成してきた製鉄・重化学工業企業が従業員の福利厚生・労務管理と地域社会の支配のために病院を設置したのに由来するもので、戦後財閥解体や医療制度改革にともない健保組合や自治体に移管するケースが多く、またその後の炭鉱閉山などにともない激

減したが、93年現在、84病院、16,172病床が残っている。現存する企業立病院のうち37施設は大都市にあり、新日本製鉄、日本鋼管、三菱重工業、日立製鉄所、トヨタ自工などの直営となっている。現在、株式会社立病院には企業内福利厚生施設という「規制」がかけられているが、「一般患者の診療による収益を会社の事業収益に加え又は加えようとする意図がある場合」は別として、そうでない場合には一般住民が「希望によって」この病院を利用することは差し支えないとされており、企業立病院の大多数は「総合病院」の名称を取得している（西岡幸泰「医療・福祉分野における規制緩和と国民生活」角瀬保雄編著『「大競争時代」と規制緩和』新日本出版社、1998年、312～321ページ）。

- (13) 貴島幸彦「空洞化するか？介護『保険』制度」日本医療経済学会第4回研究例会報告、2000年2月27日。
- (14) 日本協同組合学会編集『協同組合研究』第18巻第3号、1999年3月、42ページ。
- (15) 鈴木 勉『ノーマライゼーションの理論と政策』萌文社、1999年、187ページ。
- (16) 鈴木 勉、前掲書、192ページ。
- (17) 『朝日新聞』夕刊、2000年3月3日付。
- (18) こうしたなかで「社会福祉法人会計の在り方（基本方針）について」（1999年4月21日、社会福祉法人の経営に関する検討会）によれば、すでに社会福祉法人会計基準の研究が進んでいる（厚生省審議会議事録等ホームページ）。それによると、①法人全体での資産・負債等の状況把握を可能にするため、本部、施設会計の区分を撤廃、社会事業会計として統合し、施設ごとの経営状況は社会福祉事業会計の内部に経理区分を設ける、②建物等の資産価値を適切に評価・表示できるよう、減価償却制度を導入する、③適正なコスト管理、経営努力の成果を把握するため損益計算を導入する、④決算書の体系は財産目録、貸借対照表、資金収支計算書、経営成果収支計算書とされ、資金収支計算書と経営成果収支計算書は社会福祉事業会計全体の合算表と施設区分ごとの内訳表を添付することになるとされている。これは当面は、持分の禁止（解散時、寄付した者への返金を禁止）や資金を外部流出させないことで社会福祉法人の優遇

- 措置を継続させ、やがては企業との対等な経営環境の共有や制度上の差をなくし、市場主義的競争原理が貫かれることになるものと考えられている（豊田八郎「市場福祉の流れと民主経営の役割」『福祉のひろば』総合社会福祉研究所編集・季刊第81号、2000年1月、73～74ページ）。
- (19) 二木 立、前掲書、5ページ。
- (20) 西岡幸泰、前稿、前掲書、325ページ。
- (21) 西岡幸泰、前稿、前掲書、327ページ。
- (22) 佐口 卓『医療の社会化 第二版』勁草書房、1982年、23ページ。
- (23) 西岡幸泰、前稿、前掲書、312ページ。
- (24) 相沢興一「1930年代日本農村の医療利用組合運動と国民健康保険法の成立」九州大学『経済学研究』第59巻5、6合併号、1994年2月。
- (25) 高畑明尚「医療の非営利組織」富沢賢治・川口清史編『非営利・協同セクターの理論と現実』日本経済評論社、1997年、370ページ。
- (26) 角瀬保雄・田中 哲『JA グループ〔農協〕』大月書店、1996年。
- (27) 東京都職員労働組合・東京保健医療政策研究会『都立病院白書——安心して暮らせる新しい東京の医療——』1990年。
- (28) 『日本経済新聞』夕刊、1999年5月18日付。
- (29) 岩垂 弘『『新しい協同』を語るno.23』『生活協同組合研究』289号、2000年2月、65ページ。
- (30) 市川英彦・福永哲也・村田隆一『農協がおこす地域の福祉——「JA 信州うえだ」の挑戦——』自治体研究社、1998年、三浦聡雄・増子忠道『東大闘争から地域医療へ』勁草書房、1995年。
- (31) 塚本一郎「現代労働運動と企業経営」研究会報告、「福祉国家変容と高齢者生協」2000年2月22日。
- (32) 『特定非営利活動法人に対する今後の検討課題に関する調査』参議院地方行政・警察委員会調査室、労働・社会政策委員会調査室、1999年、11月。
- (33) 西岡幸泰、前稿、前掲書、328ページ。
- (34) 菅野正純「労働者協同組合法案の基本的考え方」『協同の発見』1997年5月。
- (35) 角瀬保雄「労協法第一次案を読んで」『協同の発見』1997年12月。
- (36) 高柳 新「スペイン非営利協同の旅」石塚秀雄・坂根利幸監修『共生社会と協同労働』同時代社、2000年、12～13ページ。
- (37) 藤原壮介「医療生協前史（戦前）をめぐるいくつかの問題」『立命館産業社会論集』第32巻1号、1966年6月。
- (38) そのほか全国各地の民医連医療機関の歴史と歩みは様々で、詳しくは個々の史料や証言等に当たらなくてはならないが、いま筆者の手元にある近年のものだけでも、佐藤猛夫『運のいい男』（光陽出版社、1998）、増岡敏和『大島慶一郎医師風雪伝』（財団法人政治経済研究所、1998年）、稲垣元博『私のすたこら人生』学習の友社、1998年）、医療法人財団中野勤労者医療協会編『中野勤医協の50年』（1999年）、三浦聡雄・増子忠道『東大闘争から地域医療へ』（勁草書房、1995年）、牛山長重『みんなでつくったみんなの病院』（光陽出版、1998年）、大峰順二『四万十川の流れる街で——四万十川診療所訪問記——』（自治体研究社、1999年）、平野治和『原発銀座で輝け診療所』（かもがわ出版、1999年）、加藤昭治『私と医療生協』（自治体研究社、1999年）、高柳 新・増子忠道『介護保険時代と非営利・協同』（同時代社、1999年）などがある。
- (39) 高柳 新、前稿、前掲書、17ページ。
- (40) 阿部昭一『激動する情勢と民医連運動の課題』株式会社保健医療研究所、1995年、八田英之『民医連運動の展望』同時代社、1995年。
- (41) 『民医連綱領・規約・歴史のはなし』1997年改訂版、106～107ページ。
- (42) 高柳 新、前稿、前掲書、15ページ。
- (43) 全日本民医連、Medi-Wing、1999年9月、臨時増刊、17ページ。
- (44) 全日本民医連共同組織委員会『1998年度全日本民医連共同組織調査報告』2000年2月、3ページ。
- (45) 八田英之『民医連運動の展望』同時代社、1995年、136ページ。
- (46) 前掲調査報告、4ページ。
- (47) 角瀬保雄「座長問題提起 協同組合民主主義をめぐる諸問題」『協同組合研究』第19巻第1号、1999年9月。
- (48) 「協同」のための北海道集会実行委員会『協同でひらく地域づくり』1996年、159ページ。
- (49) 前掲書、159ページ。
- (50) 山田浄二「エロスキ」石塚秀雄・坂根利幸監

修前掲書, 13ページ。

- (51) 日野秀逸『ヨーロッパ医療紀行』新日本医学出版社, 1994年, 34ページ。
- (52) 萩下峰一「山梨勤労者医療協会の倒産をめぐって——公益法人の大型倒産——」『山梨学院大学商学論集』第7号, 1984年11月。
- (53) 第57回健和会臨時評議員会議案「健和会民医連的再建の取り組みの今日的課題」1999年9月25日。
- (54) 池田信明「経営危機克服と医療経営構造の転換における医師集団の課題」『民医連医療』no.317, 1998年12月。
- (55) 儀我壮一郎「増岡敏和『大島慶一郎医師風雪伝』を読む」『しんぶん赤旗』1999年2月22日付。
- (56) 有田光雄『非営利組織と民主経営』かもがわ出版, 2000年, 24～25ページ。
- (57) 有田光雄, 前掲書, 43ページ。
- (58) 有田光雄, 前掲書, 26ページ。
- (59) 有田光雄, 前掲書, 27ページ。
- (60) 有田光雄, 前掲書, 37ページ。
- (61) 有田光雄, 前掲書, 71ページ。
- (62) 真田 是・池上 淳・山口正之・鈴木清覚『時代を切り拓く「民主経営」』かもがわ出版, 1992年, 153～155ページ。
- (63) 真田ほか, 前掲書, 136ページ。
- (64) 角瀬保雄「民主的経営と職員の役割発揮」『生活協同組合研究』財団法人生協総合研究所, 1995年3月号, 67ページ, 「民主的経営の地平」『非営利・協同の時代』協同総合研究所, 1999年, 138ページ。
- (65) 小野塚知二「生協における管理と民主主義」『労働運動をめぐる論点の現代的総括』協同組合総合研究所, CRI 研究報告書 vol. 21, 1998年8月, 3ページ。
- (66) 有田光雄, 前掲書, 40～41ページ。
- (67) 協同組合労働研究会編『コープ・ワーカーズ考』労働旬報社, 1991年, 171～172ページ。
- (68) 有田光雄, 前掲書, 141ページ。
- (69) 芝田進午編『協同組合で働くこと』労働旬報社, 1987年, 251ページ。
- (70) なお、氏のいう「民主経営」における「社会的所有＝民主的集団的所有」論に関しては、小栗崇資氏の「非営利・協同組織の資金調達と資本形

成」角瀬保雄・川口清史編著『非営利・協同組織の経営』が有力な批判となろう。

- (71) 有田光雄『民主経営の管理と労働』同時代社, 1996年, 69ページ。
- (72) 有田光雄『非営利組織と民主経営』116～117ページ。
- (73) 鈴木 彰『協同組合運動の意義と役割』学習の友社, 1992年。
- (74) 色川大吉『明治精神史（下）』講談社学術文庫, 1976年, 113ページ。
- (75) 有田光雄, 前掲書, 174ページ。
- (76) 真田 是「非営利・協同をめざす方針を考える」『民医連医療』1999年7月, 12ページ。